

Y5-47

KL-6異常高値の特発性器質化肺炎の一例

秋田赤十字病院 呼吸器内科

○湯浅 悠介¹⁾、小高 英達¹⁾、吉川 晴夫¹⁾、北原 栄¹⁾、
黒川 博一¹⁾

【症例】61歳 女性。2012年2月中旬から夜間に咳嗽、咽頭痛が出現。市販薬(龍角散)を使用し症状は一時改善したが、3月上旬に黄色の痰が出現。3月中旬には心窩部痛や息苦しさを自覚し、4月7日近医を受診。その間、発熱は認められなかった。同日に施行された胸部X線単純写真にて両下肺野に異常陰影を指摘され、CDTR-PI 300mg 5日分処方とともに、4月9日当科紹介受診となった。右下肺優位にfine crackleを聴取し、KL-6は1954 U/ml、SP-Dは296 ng/mlとそれぞれ高値を示した。炎症反応の上昇はなく、感染症のスクリーニングは全て陰性。胸部X線単純写真では両下肺野中心の浸潤影、胸部CTでは両上葉中心に結節影、両下葉にconsolidation、胸膜直下にreversed halo signを認めた。

【経過】画像などから特発性器質化肺炎と臨床診断し、4月18日からPSL 40mg内服で治療開始した。経過とともに胸部X線単純写真の陰影の改善を認め、5月2日にはKL-6は1571 U/ml、SP-Dは77.9 ng/mlへ低下した。その後の経過も良好で5月末現在、外来で経過観察中である。本疾患においてKL-6が高値である割合は低いと報告されている。今回KL-6異常高値を呈した特発性器質化肺炎の一例を経験したため、文献的考察を交え、報告する。

Y5-48

抗菌薬治療にて救命し得た両側肺炎、巨大肺膿瘍の一例

秋田赤十字病院 呼吸器科

○小田嶋明美¹⁾、小高 英達¹⁾、北原 栄¹⁾、黒川 博一¹⁾

【症例】77歳男性

【主訴】呼吸困難感

【既往歴】74歳頃 脳出血

【現病歴】2011年5月初旬頃より体動困難、食欲不振が続いていた。呼吸困難感増強あり、5月11日当院救急受診。画像上、両側肺炎および左巨大肺膿瘍の所見を認めた。WBC 4200/ μ l、CRP 41.57mg/dl。8L/分リザーバマスクでの動脈血ガス分析 pH 7.468、PaCO₂ 24.1Torr、PaO₂ 68.9Torr。MEPM 0.5g \times 3などで治療開始、3病日に人工呼吸器管理となった。その後TAZ/PIPC 4.5g \times 3などで治療継続した結果、人工呼吸器からの離脱に成功した。当初、肺膿瘍に対しては経皮的ドレナージも考慮したが、全身状態が悪く、抗菌薬治療中心に経過をみた。長期の経過となったが、救命しえた重症例である。巨大肺膿瘍の報告は少なく、今回若干の文献的考察をふまえ検討する。

Y5-49

腹腔鏡下生検により診断した悪性腹膜中皮腫の1例

秋田赤十字病院 外科¹⁾、秋田赤十字病院 腫瘍内科²⁾○富樫俊太郎¹⁾、小棚木 均¹⁾、大内慎一郎¹⁾、吉川 雅樹¹⁾、
澤田 俊哉¹⁾、最上希一郎¹⁾、岩崎 渉¹⁾、吉楽 拓哉¹⁾、
佐藤 公彦¹⁾、小棚木 圭¹⁾、武藤 理²⁾

中皮腫は漿膜上皮細胞由来の間葉系腫瘍であり、発生部位は胸膜が大半を占め、腹膜発生は比較的稀とされる。今回、腹腔鏡下生検により悪性腹膜中皮腫と診断した1例を経験したので報告する。

【症例】50代男性。

【主訴】腹部膨満。

【既往歴・家族歴】特記事項なし。

【職業歴】20代 建設現場での仕事に従事。

【現病歴】2012年1月末より腹部膨満感が出現。前医で施行した腹部超音波検査で著明な腹水貯留を認め、細胞診でClassV(adenocarcinoma疑い)、CT検査、上部・下部消化管内視鏡検査を施行したが、原発病変を指摘できず当院へ紹介。血液検査ではCA125:1353 U/mlと上昇していたがCEAは正常。腹水は黄色やや混濁、粘性なし、ヒアルロン酸:112000 ng/mlと著増していた。CT検査では多量の腹水、肥厚した大網、肝右葉上面の50 mm大の腫瘤を認めた。胸膜ブランクは認めなかった。腹水細胞診では多数の中皮細胞を認め、核中心性でPAS染色陽性の厚い細胞質を有し、核小体が著明であり、ClassV(悪性中皮腫疑い)。以上より悪性腹膜中皮腫を疑い、確定診断のため腹腔鏡下生検を施行。腹壁、大網、腸間膜、腸管漿膜上に無数の白色結節と、黄色、混濁した腹水を認めた。大網部分切除を施行し、病理組織検査で淡明な細胞質を有する腫瘍細胞が増殖。免疫染色でCalretinin陽性、D2-40陽性、CA-125陽性、CEA陰性、アルシアンブルー陽性、ヒアルロニダーゼ消化後陰性化。以上の所見から上皮型悪性中皮腫と診断。胸膜中皮腫に準じてPemetrexed+Carboplatin療法を施行中。

【結語】癌性腹水を有し、原発不明であった症例に腹腔鏡を用いた組織生検を施行し、悪性腹膜中皮腫の診断を得た。確定診断、治療方針の決定に腹腔鏡下生検は有用であった。

Y5-50

坐骨神経ブロックで管理した踵骨骨折手術の1例

岐阜赤十字病院 麻酔科

○澤木 綾子¹⁾、山田 忠則¹⁾、粕谷 由子¹⁾

症例) 82歳男性。足を踏み外して受傷し、左踵骨骨折と診断され、手術目的で紹介入院となった。2か月前、腹部大動脈瘤に対しステント留置術を、1か月前に冠動脈2枝病変に対し薬剤溶出性ステント留置術を受け、バイアスピリン、クロピドグレルによる抗血小板療法を継続しており、循環器内科より休薬は危険であるとコメントされていた。

経過) 受傷から1週間後に手術を予定していたが、骨折部周囲の皮膚に発赤と水泡が確認されたため、感染を疑い、受傷より4日目、局所浸潤麻酔下に緊急手術が施行された。しかし、十分な麻酔効果が得られなかったため、急遽麻酔管理を依頼された。十分な患者情報を得ていない中での依頼であった事、患者は全身麻酔に強い不安を抱いていた事から、超音波ガイド下坐骨神経ブロックを選択し、膝窩アプローチで施行した。ブロック施行後、創部のデブリードマン、洗浄のちワイヤーによる骨片の固定を行った。術中の疼痛の訴えはなかった。また術後の血腫形成、神経損傷等の合併症はなかった。2週間後、踵骨骨片の内固定術を坐骨神経ブロック下に施行した。踵骨内側の術操作で疼痛の訴えがあったため、伏在神経ブロックを追加した。以後、疼痛の訴えなく手術を終了した。その後も2度にわたり坐骨神経ブロック下に創部の植皮術を行ったが、いずれも問題なく終了した。

考察) 近年、患者の高齢化に伴い、抗血小板薬、抗凝固薬内服患者が増加しており、こうした患者に対する、超音波ガイド下神経ブロックによる手術の報告が散見される。本症例でも超音波ガイド下坐骨神経ブロックは有用な麻酔法であると考えられた。また、手術部位が足関節より遠位の場合、坐骨神経ブロック単独での麻酔効果が不十分であれば、伏在神経ブロック、後脛骨神経ブロックはレスキューとして有用であると思われる。